Rok LII. Kraków, dnia 20 grudnia 1913. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Kiłowe schorzenie tętnicy głównej. Ostry przebieg choroby. Śmierć skutkiem zamknięcia ujścia tętnic wieńcowych serca.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Jakkolwiek medycyna kliniczna oddawna uważała zakażenie kiłowe za ważny czynnik przy powstawaniu chorób tętnic i starała się to swoje stanowisko uzasadnić zapomocą zestawień statystycznych, które zwłaszcza dla ocenienia patogenezy tętniaków i miażdżycy tętnicy głównej, spotykanej u osób nie starych, dostarczać miały dowodów, że jad kiłowy odgrywa tutaj bardzo wybitną rolę, — to jednak nauka o kiłowem pochodzeniu tych schorzeń nie mogła się utrwalić i rozpowszechnić. Brakowało jej oparcia i uzasadnienia w badaniach anatomicznych. Chodziło mianowicie o to, aby rozdzielić zasadniczo dwa pojęcia: pojęcie właściwej miażdżycy, sprawy degeneracyjnej, właściwej podeszłemu wiekowi, od pojęcia kiłowego zapalenia tętnicy. I nawet wtedy, gdy Doehle, uczeń Hellera, wykazał przez bardzo szczegółowe badania, że między obydwiema sprawami zachodzą zasadnicze różnice i określił zupełnie ściśle cechy anatomiczne zmian kiłowych w tętnicy głównej, zaledwo część patologów zgodziła się z zapatrywaniem szkoły kilońskiej. Część druga trwała przy dawniejszym unitarystycznym poglądzie, według którego różny anatomiczny obraz w chorych tętnicach miał być tylko wyrazem różnego kolejnego rozwoju zmian w jednej i tej-samej sprawie. Od ostatniej pracy Doehlego, ogłoszonej w r. 1894, minęło jeszcze prawie dziesięć lat, zanim nowa nauka zyskała powszechne uznanie. Zasadniczy zwrot dokonał się dopiero w r. 1903, a wyrazem jego były odczyty Bendy [1]) i Chiariego [2]), wygłoszone na zjeździe, urządzonym w Cassel przez niemieckie Towarzystwo patologiczne. Od tego czasu zaczęły się ukazywać coraz częściej prace, poświęcone kile tętnic i coraz częściej odbywały się wykłady na ten temat w rozmaitych naukowych ogniskach lekarskich. Do najnowszych należy wykład Oberndorfera [3]) w monachijskiem Towarzystwie lekarskiem.

Obecnie powszechnie już, zarówno medycyna kliniczna, jak anatomia patologiczna, rozróżnia dwie sprawy: starczą miażdżycę tętnic i kiłowe schorzenia tętnic, w pierwszym rzędzie tętnicy głównej. Pierwsza z nich nosi nazwę »endoaortitis chronica deformans«, druga »mesaortitis productiva« (Chiari), lub »gummosa« (Benda). Oprócz tego używają niektórzy autorowie innych jeszcze nazw. I tak Heller posługuje się określeniem »mesarteriitis syphilitica«. Malmsten mówi o »aortitis sclero-gummosa«, Marchand o »sclerosis fibrosa«, Rasch wprowadził nazwę »aortitis fibrosa«; v. Düring używa wprost określenia »aortitis syphilitica«.

Odróżnienie jednej postaci od drugiej sprawiać może niekiedy pewne trudności, gdy chodzi o ludzi starszych, u których istnieją także zwykłe zmiany miażdżycowe. I w takich przypadkach uciekać się trzeba koniecznie do badania drobnowidowego skrawków, sporządzonych z tętnicy. Obraz, z jakim się spotykamy, jest tak cechujący, że rozpoznanie według niego kiłowego pochodzenia sprawy jest rzeczą zupełnie łatwą. Według opisu Chiariego przedstawia się on w następujący sposób: »W obrazie mikroskopowym zwracają na siebie uwagę w pierwszym rzędzie zmiany w błonie mięsnej naczynia. Widać w niej gęsto rozrzucone ogniska zapalne. W jednych z nich przeważa naciek drobnokomórkowy, w innych tkanka ziarninowa lub wprost tkanka łączna. Trzymają się one przebiegu naczyń odżywczych, które zresztą występują w ilości większej, aniżeli w zdrowej tętnicy. Kształt ognisk jest skutkiem tego podłużny, a kierunek bądź prostopadły, bądź skośny do osi naczynia. Do rzadszych zjawisk należy obecność komórek olbrzymich. Tu i owdzie spotkać można rozpad nowowytworzonej tkanki, oraz martwicę włókien mięsnych, przez co powstają drobne ogniska, otoczone dokoła tkanką ziarninową. Włóknista tkanka łączna odznacza się skłonnością do bliznowacenia. Pasma jej rozsuwają się przez całą szerokość błony mięsnej, dochodzą do błony wewnętrznej i sprawiają, że wewnętrzna powierzchnia naczynia traci prawidłowe gładkie wejrzenie, że powstają na niej bruzdy

[1]) Benda. Deutsche med. Wochenschrift, 1903, str. 330.

[2]) Chiari. Ibidem.

[3]) Oberndorfer. Die syphilitische Aortenerkrankung. Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, Nr 10.

i wyniosłości. Sama błona wewnętrzna zachowuje się rozmaicie. Niekiedy nie okazuje żadnych zmian, w innych przypadkach jest zgrubiała, w innych wreszcie znajdują się zmiany wsteczne, podobne zupełnie do zmian, spotykanych przy zwykłej miażdżycy. Widać wtedy i rozpad tłuszczowy i owrzodzenia miażdżycowe i złogi soli wapniowych. W błonie zewnętrznej toczy się podobna sprawa zapalna, jak w błonie mięsnej. I w niej widać ogniska z naciekiem drobnokomórkowym lub z tkanką ziarninową; w dalszym ciągu sprawy rozwija się tkanka włóknista. Do pospolitych zjawisk należy rozrostowe zapalenie drobnych tętniczek (endoarteriitis proliferans)«.

Znaczenie badań anatomicznych o kiłowych schorzeniach tętnic wychodzi daleko poza granice czysto naukowe teoretyczne. Posiadają one także niemałe znaczenie praktyczne.

Z chwilą, kiedy poglądy szkoły kilońskiej zyskały powszechne uznanie i kiedy po ich myśli zaczęto oceniać wyniki oględzin pośmiertnych, pokazało się dobitnie, jak wielką rolę odgrywa kiła przy powstawaniu chorób narządu krążenia. Wykazać to można wprost cyframi. Eug. Fränkel[4]) podaje, że wśród 102 przypadków konstytucyonalnej kiły znalazło się 53 schorzeń kiłowych aorty, które były bezpośrednią przyczyną śmierci. E. Stadler[5]), zestawiając taki sam materyał sekcyjny z zakładu anatomii patologicznej w Lipsku od r. 1906—1911, naliczył 256 przypadków kiły nabytej. W 211 znajdowały się zmiany kiłowe w tętnicy głównej, a w 117 stanowiły te zmiany przyczynę śmierci. Zupełnie podobnie opiewa sprawozdanie Oberndorfera[6]), oparte na materyale sekcyjnym szpitala miejskiego w Monachium. Z ogólnej liczby 1436 badań pośmiertnych, wykonanych od połowy roku 1910 do początku roku 1913, znaleziono w 99 przypadkach kiłę tętnicy głównej. Stanowi to 6·89% całego materyału sekcyjnego z tego czasu. Na uwagę zasługuje tu także nieco dawniejsza, z r. 1907 pochodząca praca Rascha i Wiesnera[7]). Dowiadujemy się z niej, że przy sekcyi zwłok kiłowych noworodków znajdowano cechujące zmiany kiłowe bądź to w tętnicy głównej, bądź też w tętnicy płucnej, odsetkowo w 67·4% przypadków.

Z wynikami badań pośmiertnych idą ręka w rękę wyniki badań serologicznych sposobem Wassermanna. Sprawozdań o nich posiadamy już sporą liczbę. Kilka z nich przytoczymy dla przykładu. Autorowie rosyjscy, Tuszinski i Iwaszencow[8]) znajdowali stale wstrzymanie hemolizy w przypadkach tętniaków, a w 68% przypadków wszystkich schorzeń zastawek aorty. Lekarze amerykańscy Cummer, Clyde i Dexter[9]) podają liczbę przypadków schorzeń tętnicy głównej i ujścia tętniczego lewego z dodatnim odczynem Wassermanna na 75%. W najnowszej pracy Deneckego[10]) z r. 1913 znajdujemy co do tych samych chorób jeszcze wyższą cyfrę, sięgającą 86·6%, a nadto w pracy tej spotykamy się z uwagą, że liczba ta jest w rzeczywistości jeszcze za nizka. Do podobnych wyników dochodzili i ci autorowie, którzy do badań swoich używali krwi, pochodzącej ze zwłok. Należą do nich Fränkel i Much[11]), Seligmann i Blume[12]), Schlimpert[13]), Gruber[14]) i in.

Jeżeli uwzględnimy, iż wszystkie te badania, o których wspomnieliśmy raczej dla przykładu tylko, miały za podstawę materyał, zebrany w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, to temsamem zyskamy także miarę dla określenia wielkiej częstości kiłowych schorzeń tętnic wogóle. I tu zresztą opierać się możemy na ściślejszych liczbowych danych. Podają je m. in. prace Deneckego[15]) i Goldscheidera[16]). Pierwszy z nich naliczył w ciągu lat czterech około 200 należących tu przypadków, drugi w ciągu dwóch lat 136. Że liczba tego rodzaju chorych jest wcale pokaźna, o tem wiem także z własnego doświadczenia, opartego na badaniach materyału szpitalnego i z praktyki prywatnej.

Wobec znacznego względnie rozpowszechnienia piśmienniczych wiadomości o kiłowych schorzeniach tętnic sądzićby można, że przyjęły się one już zupełnie w świecie lekarskim i przestały być także w życiu praktycznem nowością. W rzeczywistości nie doszło jeszcze do tego. Podnosi to bardzo wyraźnie Goldscheider, mówiąc: »Es ist meine Ueberzeugung, dass die Diagnose dieser Erkrankung noch viel zu selten gestellt wird und namentlich viel zu selten frühzeitig gestellt wird. Aus diesen Gründen möchte ich meine bisherigen Erfahrungen über diese Krankheitsform mitteilen, um die Aufmerksamkeit der Praktiker auf dieselbe zu lenken und zur weiteren Beschäftigung mit diesem Gegenstande anzuregen«.

Zajmując się sprawą kiłowych schorzeń aorty, ma przed sobą lekarz na polu leczenia zgoła inne zadanie i inne widoki powodzenia, aniżeli wobec zwykłej miażdżycy tętnic, o której swego czasu wyraził się Bamberger: »Der Prozess kann nicht geheilt und somit nicht behandelt werden«. Zapewne nie leży w naszej mocy, aby i w przypadkach schorzeń kiłowych usunąć to wszystko, co stało się następstwem zapalenia, ale w każdym razie zdziałać możemy tyle, że postawimy tamę dalszemu rozwojowi choroby, a może i przyczynimy się do częściowego przynajmniej ustąpienia zmian, które już powstały. Znaczy to w każdym razie wiele, jeśli choremu wróci się zdolność do pracy na pewien przeciąg czasu i przedłuży życie. Wszak chodzi tu przeważnie o ludzi nie starych jeszcze, przeciwnie o ludzi w sile wieku, między 35. a 50. rokiem życia. W bieżącem

---

[4]) Eug. Fränkel. Sprawozd. z rozpraw. Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 16.

[5]) Ed. Stadler. Die Klinik der syphilitischen Aortenerkrankungen. Jena 1912.

[6]) Oberndorfer l. c.

[7]) Rasch i Wiesner. Wiener klin. Wochenschrift, 1907, Nr 18.

[8]) Tusziński i Iwaszencow. Ref. Zentrbl. f. d. ges. inn. Med. u. ihre Grenzgebiete, T. II, str. 201.

[9]) Cummer, Clyde i Dexter. Ref. Zentrblt f. d. ges. inn. Med. u. Grenzgebiete. T. III, str. 426.

[10]) Denecke. Ueber die syphilitische Aortenerkrankung. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr 10.

[11]) Fränkel i Much. Die Wassermann'sche Reaktion an der Leiche. Münch. med. Wochenschrift, 1908. Nr 48.

[12]) Seligmann i Blume. Die Luesreaktion an der Leiche. Berl. klin. Wochenschrift, 1909, Nr 24.

[13]) Schlimpert. Beobachtungen bei der Wassermann'schen Reaction. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, Nr 32.

[14]) Gruber. Ueber Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr 25.

[15]) Denecke. l. c.

[16]) Goldscheider. Ueber die syphilitiscne Erkrankung der Aorta. Mediz. Klinik, 1912, Nr 12.

piśmiennictwie mamy niemało już podstaw, aby wierzyć w skuteczność leczenia przeciwkiłowego. Osobiście jestem zupełnie o tem przekonany także na mocy własnych spostrzeżeń, z których zdawałem w swoim czasie sprawę[17]). Wynik leczenia zależy zresztą od tego, jak rozległe są zmiany w aorcie, a może w wyższym jeszcze stopniu od tego, jakie jest ich siedlisko. Ze względu na to siedlisko odróżnićby można 4 poniekąd typy zasadnicze. Typ pierwszy, najlżejszy, a więc i najpodatniejszy dla leczenia, cechuje się tem, że sprawa kiłowa ogranicza się do małej przestrzeni, nie zajmuje ani zastawek, ani tętnic wieńcowych. W typie drugim spotykamy zmiany na zastawkach i w pierścieniu zastawkowym, a więc t. zw. miażdżycową niedomykalność zastawek. Typ trzeci przedstawiają tętniaki aorty. Wreszcie typ czwarty, najcięższy i w rokowaniu najgorszy, cechuje się zabarykadowaniem ujścia tętnic wieńcowych. Odznaczają go napady dusznicy bolesnej i bezsilność mięśnia sercowego. Spotykamy go w większości przypadków sekcyjnych, o których zdają sprawę współczesne prace, poświęcone kiłowym schorzeniom aorty. W publikacyi Stadlera znajdujemy wzmiankę o 95 badaniach pośmiertnych tego rodzaju przypadków. W 9 z nich stanowiło zamknięcie tętnic wieńcowych jedyną przyczynę śmierci, w 37 istniało obok niedomykalności zastawek; w 22 nastała śmierć skutkiem samej tylko niedomykalności, w reszcie, t. j. w 27, było zejście śmiertelne następstwem tętniaków. Niedrożność ujścia tętnic wieńcowych stwierdzono więc 49 razy na 95 sekcyi, czyli odsetkowo w 51·5%.

Ze względu na ciężkie następstwa zmian, usadowionych w bezpośredniem sąsiedztwie tętnic wieńcowych, po części także w samem ich ujściu, posiada ten czwarty typ schorzeń kiłowych aorty bardzo wielkie praktyczne znaczenie. Wobec ciężkiego i szybkiego przebiegu rozstrzyga dobre i rychłe rozpoznanie wprost o śmierci lub życiu chorego. Że odpowiednie leczenie i tu także może przynieść niemałą korzyść, o tem świadczą spostrzeżenia Weintrauda[18]) co do działania salwarsanu. Oprócz wielu lżej chorych leczył ten autor 5 chorych, okazujących objawy niedomykalności zastawek aorty znacznego stopnia, powikłane napadami dusznicy bolesnej przy zupełnej niesprawności mięśnia sercowego. Skutek był tak dobry, że napady dusznicy ustąpiły zupełnie. a zdolność do pracy powróciła w znacznej części. Wyjątkowo wszakże zdarzają się przypadki, w których choroba czyni tak gwałtowne postępy, że mówićby wprost można o przebiegu ostrym. W chwili, kiedy chorzy zgłaszają się o radę i pomoc, są tu zmiany tak już znaczne, że wszelkie leczenie okazuje się nieskuteczne; nawet przemijającej poprawy spodziewać się wtedy nie można. Z przebiegiem tego rodzaju nie spotkałem się dotychczas ani razu, pomimo że co roku mam sposobność widywać sporą liczbę chorych z kiłowemi schorzeniami narządu krążenia. Dopiero w lecie b. r. zdarzyło mi się widzieć chorego, u którego od pojawienia się pierwszych objawów choroby do śmierci minęło niespełna 10 tygodni. Spostrzeżenie to zasługuje, jak sądzę, na pewną uwagę.

Nikola B. urodzony w r. 1879, robotnik kolejowy z Sarajewa, wyznania prawosławnego, żonaty, zgłosił się na oddział 29. lipca 1913.

Wywiady. Chory żali się na bóle napadowe w okolicy serca, rozciągające się na klatkę piersiową i na kończyny górne, zwłaszcza na lewą. Bólom towarzyszy uczucie duszności i strachu. W czasie napadu występuje bladość skóry, często mrowienie, zwłaszcza w palcach u rąk, uczucie bezsilności; skóra okrywa się obfitym zimnym potem. Nierzadko pojawiają się mdłości i odbijania. Przypadłości te trwają od połowy czerwca b. r. W tym czasie (9. VI.) poddał się chory operacyi przepukliny pachwinowej. W historyi choroby, użyczonej mi do przejrzenia z oddziału chirurgicznego, niema zupełnie wzmianki o jakichkolwiek nieprawidłowych objawach ze strony serca, przeciwnie znajdujemy zapisek: »Interner Befund normal«. Widocznie w chwili przyjęcia na oddział nie skarżył się chory zupełnie na przypadłości sercowe, a badanie przedmiotowe nie wykryło ważniejszych zboczeń. Wywiady co do kiły najzupełniej ujemne.

Stan obecny. Chory, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, o miernie rozwiniętej podściółce tłuszczowej, zwraca do pewnego stopnia uwagę bladością skóry i błon śluzowych. Kościec pod każdym względem prawidłowy; na skórze nie ma nigdzie podejrzanych blizn. Na karku wymacać można jedyny tylko, mały, dość twardy gruczoł chłonny. W gardle, poza miernym nieżytem, zmian niema. W zakresie narządu oddechowego tylko nieznaczny nieżyt oskrzeli.

Narząd krążenia. Uderzenia serca rozlane. niezbyt silne; uderzenie końca serca w V międzyżebrzu, nieco poza linią sutkową widzialne i wyczuwalne na przestrzeni nieco większej, aniżeli to bywa w warunkach prawidłowych. Nadto zwraca uwagę miarowe wstrząśnienie w górnej części mostka, oraz wyraźne tętnienie tętnic podobojczykowych, zwłaszcza lewej. Tętnica szyjna lewa tętni również silniej, aniżeli prawa.

Stłumienie sercowe rozciąga się od lewego brzegu mostka dwa ctm. poza linię sutkową, w górę sięga do górnego brzegu IV żebra. Nad mostkiem i wzdłuż tegoż po stronie prawej na wysokości 2. i 3, międzyżebrza znajdnje się pas stłumionego odgłosu miernego natężenia. Tony sercowe ciche, dość tępe. Nad końcem serca przy słabym tonie skurczowym miękki szmer. Podobny szmer daje się słyszeć także nad rękojeścią mostka; sprawia on raczej wrażenie chuchania. Tętnica sprychowa o ścianach podatnych. Tętno równe, miernie napięte, fala tętna nie wysoka; liczba tętna zmienna, 80—100. Parcie krwi średnie 96 m/m, skurczowe — 133 m/m, rozkurczowe — 59 m/m (v. Recklinghausen). Przy dokładniejszem oglądaniu krzywych tętna zwraca uwagę niezupełna równość pojedynczych fal; mniej wyraźna jest różnica między długością



Ryc. 1.

trwania okresów. Kilkakrotne podniesienie się chorego w łóżku lub powtarzane ruchy ramionami sposobem gimnastyki pokojowej wywołują dość znaczne przyspieszenie tętna, zmalenie fal, uczucie zmęczenia i mierną duszność.

Narządy jamy brzusznej nie okazują żadnych zmian. Skład moczu prawidłowy. Skład krwi: Hemoglobiny 70%, l. c. czerw. 4,100.000, l. c. biał. 8600, odsetkowy stosunek

[17]) L. Korczyński. O kiłowych schorzeniach narządu krążenia. Przegl. lek. 1910, Nr 1—5. Therapeutische Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hata'schen Arsenpräparate bei Erkrankungen innerer Organe syphilitischen Urprunges, Oester. Aerzte-Zeitung, 1910, Nr 19—20.

[18]) Weintraud. Ueber Salvarsanbehandlung syphilitischer Gefässerkrankungen. Therapie d. Gegenw. 1911. Oktoberheft.

leukocytów: 66·5% neutrochłonnych, 30% limfocytów, 1·5% przejściowych, 2% eozynochłonnych.

W czasie wolnym od napadów bywał chory względnie swobodny, unikał tylko silniejszych ruchów, wiedząc z doświadczenia, że mu szkodzą. Napadów obawiał się niewymownie i nadmieniał, że uczucie, jakiego wśród nich doznaje, jest tak straszne, że opisać go niepodobna. Kilkakrotnie mieliśmy je sposobność spostrzegać. Za każdym razem trwały względnie długo, z krótkiemi przerwami, do dwu godzin, czasem nawet dłużej. Wyraz chorego zmieniał się wtedy doraźnie, rysy twarzy mówiły o uczuciu strachu, którego chory doznawał, oczy traciły blask, wzrok stawał się mętny, skóra twarzy bladła, pokrywała się kroplami chłodnego potu. Równocześnie z tem zmieniała się czynność serca, stawała się o tyle nieregularną, że po paru szybkich ruchach następowało wyraźne zwolnienie. Tętno malało, poszczególnych fal tętna nie można było niekiedy wyczuć zupełnie, pomimo że widoczne były uderzenia serca. Właściwej duszności, jaką spostrzegamy w napadach dychawicy pochodzenia sercowego (asthma cardiacum) nie było nigdy. Ale rytm oddechowy przyspieszał się wyraźnie, oddechy stawały się nieco nasilone.

Wpływ leków, używanych powszechnie w celu przerwania tego rodzaju napadów, jak glonoina, erythroltetranitrat, azotyn amylowy i t. d., oraz zabiegów zewnętrznych, jak gorące okłady, gorczyczniki i miejscowa kąpiel z wody, zaprawionej mąką gorczyczną, nie uwydatniał się zupełnie. Stosunkowo może jeszcze najlepiej działały wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego wraz z mieszaniną morfiny i atropiny. Ale i przy tem leczeniu nie powiodło się nigdy przerwać napadu doraźnie.

(Dok. nast.).

Z kliniki psychiatrycznej c. k. Uniwersytetu w Wiedniu.
(Dyrektor Radca dworu Prof. Dr Jauregg—Wagner).

O otłuszczeniu według typu Fröhlicha (dystrophia adiposo-genitalis) w przebiegu wodogłowia przewlekłego i padaczki.

podał

Dr J. Rothfeld

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie.)

IV. Wilibald K. l. 13. Chory jest jedynem dzieckiem; ojciec cierpi na bóle głowy, matka zdrowa. W dzieciństwie K. często chorował; przechodził odrę, krztusiec, zapalenie płuc i w przebiegu każdej z tych chorób dostawał drgawek. Po płonicy, którą miał przed 9 laty, wystąpiły napady z utratą przytomności, drgawkami ogólnemi. bez bezwiednego oddawania moczu i bez pokąsania języka. Obok tych napadów, które matka sama określa jako »wielkie napady«, występowały także »napady małe«, polegające na tem, że chory nagle wydawał krótki krzyk; oczy w słup, utrata przytomności, usta silnie zawarte; drgawek nigdy nie było. Po napadzie bóle głowy i niepamięć o napadzie. Te małe napady występują często w nocy (5—6 razy). Umysłowo rozwijał się chory nieźle. W klinice spostrzegano napady padaczkowe w nocy. Po napadach chory wstawał z łóżka, chodził po sali, budził innych chorych; nie pamiętał tego, co w nocy robił.

Przedmiotowo: Czaszka bez widocznych nieprawidłowości. Znaczna otyłość, części płciowe małe, brak owłosienia na wzgórku łonowym. Różnica w inerwacyi mięśni twarzy na niekorzyść strony prawej, zwłaszcza w zakresie dolnej gałązki n. twarzowego. Przy ruchach dowolnych (próba palec — nos) występuje w prawej kończynie górnej drżenie. Odruchy na kończynie prawej nieco żwawsze. Odruchy kolanowe po stronie prawej żwawsze, niż po lewej, taksamo odruchy ze ścięgna Achillesa. Odruchy brzuszne po prawej słabsze, niż po lewej, taksamo odruch mosznowy. Objaw Babińskiego ujemny Chory opuścił klinikę po kilkudniowym pobycie i zgłosił się ponownie po 1½ roku. Napady, ich nasilenie, jakotež częstość nie zmieniły się. Z objawów somatycznych stwierdzono: Wzrost odpowiedni wiekowi, znaczna otyłość, zwłaszcza na piersiach, biodrach i wzgórku łonowym. Wokoło brodawek znaczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej. Części płciowe nierozwinięte, małe; uwłosienie na wzgórku łonowym nieznaczne, odcina się pod prostą linią poziomą; miednica zbliżona do typu miednicy kobiecej; krtań niewystająca, głos wysoki. Inne objawy somatyczne, jak przy pierwszem badaniu Rentgenologiczne badanie czaszki (doc. Schiller): Wodogłowie; siodełko tureckie prawidłowe.

V. Chory ma lat 11, jest szóstem dzieckiem z rzędu, poród był prawidłowy. Od 6 lat cierpi na padaczkę. Przedmiotowo: Chory dość wysoki, znacznie otyły; waga ciała 50 kg. Miednica i wzgórek łonowy typu kobiecego. Uwłosienie na częściach rodnych zaznaczone. Jądra i prącie słabo rozwinięte. Gruczoł tarczowy nie macalny. Czaszka znamienna dla wodogłowia, czoło wązkie, dość wysokie, obwód czaszki 52½ cm. Uszy duże, odstające. Zdjęcie rentgenowskie czaszki (doc. Dr Schiller) wykazało duże i pogłębione siodełko tureckie.

Dno oka prawidłowe. Odruchy ścięgniste na kończynie górnej lewej żwawsze, niż na prawej. Odruchów brzusznych brak. Odruch mosznowy po stronie lewej żwawszy. Odruch kolanowy prawy żwawszy, niż lewy. W moczu cukier 0·06%.

Mamy w tych 3 przypadkach napady padaczkowe, przy czem stwierdzamy miernego stopnia wodogłowie i objawy »dystrophiae adiposo-genitalis«.

Wspomniałem już wyżej, że w przypadkach surowiczego zapalenia opon mózgowych z wodogłowiem tłómaczą autorowie wystąpienie otyłości i niedostateczny rozwój narządów płciowych uciskiem wodogłowia na przysadkę mózgową. Nie jest jednakowoż rzeczą rozstrzygniętą, jakiego rodzaju zaburzenia w czyności przysadki przytem występują i w jaki sposób zaburzenie to wiedzie do dystrofii. Rozwiązanie tego pytania jest już z tego powodu trudne, ponieważ nie wiemy z pewnością, które części przysadki i czy wyłącznie przysadka mózgowa jest przyczyną otyłości, połączonej z niedokształtem narządów płciowych.

Wiadomo, że Fröhlich tłómaczy wystąpienie dystrofii zaburzeniem w czynności wydzielniczej przysadki (dyspituitarismus, hypopituitarismus), przeciw czemu występuje Erdheim, który na podstawie swych badań anatomo-patologicznych twierdzi, iż na podstawie mózgu usadowione są ośrodki, których zmiany wywołują dystrofię. Odrębne stanowisko zajmuje Fischer; opierając się na pracach, które wykazują związek pomiędzy dystrofią, a przysadką mózgową, jakoteż na wynikach zabiegów operacyjnych w przypadkach guzów przysadki, występuje Fischer przeciw teoryi Fröhlicha i Erdheima [12]) i sądzi, że należy uważać część nerwową przysadki (płat tylny, trzon i lejek) za siedzibę ośrodków odżywczych, których uszkodzenie wiedzie do dystrofii. Fischer [13]) nie rozstrzyga przytem pytania, w jaki

---

[12]) Ziegler's Beiträge 33, 1903 i Sitzber. d. Wiener Akad. der Wissch. 113, 1904.

[13]) Hypophyse, Akromegalie u. Fettsucht, Wiesbaden 1910 i Frankfurter Zeitsch. f. Pathol. B. 11. H. 1.

sposób powstaje dystrofia i wskazuje na kilka możliwości. Być może, że sam ucisk na płat tylny, albo przesunięcie lejka wystarcza do wywołania objawów dystrofii; również nie da się wyłączyć możliwość, że chodzi tu o zaburzenia w zdolności chłonnej płatu tylnego i lejka, albo też o zmniejszenie ilości prawidłowej wydzieliny, albo w końcu o przeszkodę w prawidłowym prądzie wydzieliny.

Mimo przekonujących argumentów Fischera wypowiada Pick[14]) w swym referacie zdanie, że należy obok możliwości, przytoczonych przez Fischera, przyjąć także niedokształcenie przysadki, jakoteż ucisk na podstawę mózgu, jako te czynniki, które mogą wywołać wystąpienie dystrofii.

Mimo wielu jeszcze zagadnień spornych można jednak zrozumieć, że wodogłowie jako takie może przez ucisk na przysadkę mózgową wywołać objawy otyłości z niedokształtem narządów płciowych. Nie da się jednak wyłączyć, że obok wodogłowia jeszcze inne czynniki odgrywają ważną rolę, co wydaje się tem prawdopodobniejsze, że z jednej strony objawy dystrofii nie stale zjawiają się w przebiegu nawet znacznego wodogłowia przewlekłego, i że z drugiej strony dystrofia występować może przy wodogłowiu miernego stopnia, jak w naszym przypadku III, IV, i V. Które czynniki tutaj rozstrzygają, tego nie można na razie stwierdzić; być jednak może, że wodogłowie miernego stopnia jest w tych przypadkach jedynie bezpośrednim czynnikiem wywołującym dystrofię, i że w tych przypadkach istniało już przedtem zaburzenie w fizyologicznej wzajemnej zależności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Na istnienie tego rodzaju zaburzenia mogłaby w naszych przypadkach (III, IV i V) wskazywać stwierdzona padaczka. Znaczenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w patogenezie padaczki zyskuje coraz więcej na wartości; nie wchodząc w teoretyczne rozważania, wspomnę o kombinacyi padaczki z tężyczką, o napadach padaczkowych w przebiegu choroby Basedowa, o tak częstem występowaniu padaczki w wieku pokwitania, o typie miesiączkowym padaczki, fakta, które przemawiają za wpływem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na padaczkę. Nietylko jednak spostrzeżenia kliniczne, dały w tym kierunku pewne wskazówki, ale i badania anatomo-patologiczne wykazały pewne — choć niestałe — zmiany w tych gruczołach przy padaczce. Claud i Schmiergeld[15]) znaleźli wybitne zmiany w tarczycy pod postacią rozlanego stwardnienia obok ognisk przerostowych; w przysadce mózgowej, w gruczołach przytarczycznych, w jajnikach, nadnerczu, stwierdzili oni zmiany, które wskazywały na obniżenie czynności tych gruczołów. Wśród 102 sekcyonowanych przypadków padaczki znalazł Volland[16]) 24 razy grasicę przetrwałą, a Ohlmacher[17]) podkreśla częstość stanu grasiczno-limfatycznego (status thymo-lymphaticus) i grasicy przetrwałej u dotkniętych padaczką. Redlich[18]) również przyjmuje wpływ gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na padaczkę i sądzi, że odgrywają one ważną rolę w wywoływaniu samego napadu padaczkowego.

Ten stosunek padaczki do gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu wskazuje, że w padaczce istnieje pewne bliżej niedające się określić zaburzenie w fizyologicznej czynności wspomnianych gruczołów; w tych warunkach jest możliwe że nawet nieznaczne wodogłowie zdoła wywołać zaburzenie w czynności przysadki mózgowej, co objawia się klinicznie otyłością z niedokształtem narządów płciowych.

W naszych przypadkach III, IV i V należy przyczyny dystrofii szukać nietylko w wodogłowiu, ale należy przyjąć że w przypadkach tych istniało już przedtem pewne usposobienie, a wodogłowie było tylko czynnikiem, wywołującym dystrofię.

Wykrywanie podobnych czynników wywołujących, w ogólności wszystkich tych faktów, które się mogą przyczynić do powstania obrazu »dystrophiae adiposo-genitalis« w przebiegu wodogłowia, jest z tego względu ważne, ponieważ w ten sposób można będzie wyświetlić związek pomiędzy wodogłowiem, a omówionym zbiorem objawów.

Stumpf wykazał na podstawie badań anatomo-topograficznych, że wodogłowie miernego stopnia, wywierając ucisk na przysadkę mózgową, uciska tylko część przednią przysadki mózgowej, natomiast część jej tylna nie ulega temu uciskowi. Ponieważ ucisk na samą część przednią — jak to Stumpf przyznaje — nie może wywołać objawów dystrofii, nie możnaby jej powstania w naszych przypadkach (III, IV, V) wytłómaczyć, gdybyśmy nie przyjęli już dawniej istniejącego zaburzenia w fizyologicznym wzajemnym stosunku gruczołów do siebie.

Nietylko jednak w przypadkach miernego wodogłowia przyjęcie tej możliwości jest potrzebne do wytłómaczenia wystąpienia dystrofii, ale także w tych przypadkach, w których mamy wodogłowie znacznego stopnia. Część nerwowa przysadki ulega wprawdzie w tych przypadkach uciskowi, ale przy przewlekłem wodogłowiu może wystąpić dystrofia bez rozszerzenia siodełka tureckiego i bez wybitnego ucisku na przysadkę (Stumpf). Stumpf podaje, że nawet przy znacznym ucisku nie mógł histologicznem badaniem stwierdzić żadnych zmian w przysadce, bez względu na to, czy wystąpiła dystrofia, czy też nie. Wobec pewnego związku pomiędzy dystrofią, a przysadką mózgową, sądzi Stumpf, że wodogłowie działa w ten sposób na przysadkę, iż upośledza jej związek czynnościowy z mózgiem.

Z badań anatomo-porównawczych i histologicznych Stumpfa, jakoteż z faktu, że nie w każdym przypadku znacznego wodogłowia występuje dystrofia, wynika, że wodogłowie samo przez się nie wystarcza do wytłómaczenia równocześnie istniejącego zbioru objawów Fröhlicha i że należy jeszcze szukać innych przyczyn. Wskazywanie na wyniki, które tu mogą wchodzić w rachubę, mogłoby być tylko hypotetyczne, tembardziej, że jeszcze wiele zagadnień z zakresu fizyologii i patologii wewnętrznego wydzielania czeka na wyświetlenie.

Jeżeli dla wystąpienia dystrofii przy wodogłowiu nie mamy dostatecznego wytłómaczenia, to już zgoła brak go nam w przypadkach, w których nawet nie możemy klinicznie wykazać wodogłowia. Są to przypadki padaczki wrodzonej (epilepsia genuina) z otyłością i niedokształtem narządów płciowych. Stern opisał sześć przypadków padaczki ze znaczną otyłością, skąpem uwłosieniem pod pachami,

[14]) Deutsche med. Woch. 1911.
[15]) C. r. Soc. de Biol. 1908 II.
[16]) Ztsch. f. ges. Neur. u. Psych. B. 3 Orig.
[17]) Ref. w Jahrbücher f. Psych. 1898 i 1901.
[18]) Jahresvers. Deutscher Nervenärzte, Hamburg 1912 (S. Karger, Berlin 1913).

na częściach rodnych i z bezpłodnością. Objawów, któreby wskazywały na bezpośrednie schorzenie przysadki, nie było. Do tej grupy należą także opisane przez Neuratha dzieci otyłe, »Fettkinder«, z padaczką, ale bez wodogłowia.

Do tych przypadków chcę dodać kilka nowych spostrzeżeń dotyczących padaczki[19]).

VI. N. l. 17. Dziedzicznie nie obciążony; chory od dłuższego czasu, zdenerwowany, łatwo pobudliwy, skarży się na uczucie osłabienia. Sen i apetyt dobry. Popęd płciowy zmniejszony. Przedmiotowo: Znaczna otyłość, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy sutków, w których może także tkanka gruczołowa daje się wyczuwać. Krtań nie wystająca. Chory jeszcze nie przebył zmiany głosu (mutacyi). Dno oka prawidłowe; objawów zajęcia przysadki mózgowej niema. Odruchy żwawe. Czynność serca przyspieszona.

VII. Chory ma lat 8, jest jedynem dzieckiem, rodzice zdrowi. Do drugiego roku życia szczupły, potem forsownie odżywiony przybrał znacznie na wadze. Przedmiotowo: Kształty niewieście, wzrost 135 cm, waga ciała 42 kg., czaszka dość duża, jednak bez oznak wodogłowia. Nerwy mózgowe bez zmian, dno oka prawidłowe. Znaczna otyłość, zwłaszcza w okolicy sutków. Niedokształt narządów płciowych, prącie bardzo małe, lewe jądro wielkości małego bobu, prawe nie wyczuwalne ani w worku mosznowym, ani w kanale pachwinowym.

VIII. B. l. 10. Matka cierpiała w czasie ciąży na napady padaczkowe. W 9. miesiącu życia napad drgawkowy potem typowe napady padaczkowe. Przedmiotowo stwierdza się tylko znaczną otyłość i może zaznaczone objawy obrzęku śluzowego.

IX. P. l. 15. Dziedzicznie nie obciążony. W 9. miesiącu życia upadł i stracił przytomność. W 10. r. ż. pierwszy napad padaczkowy. Przedmiotowo: Znaczna otyłość, narządy płciowe odpowiadają wiekowi. Dno oka prawidłowe. Badanie rentgenologiczne czaszki dało wynik ujemny.

Jakkolwiek jestem świadom tego, że z tych pobieżnie opisanych przypadków nie należy wysnuwać daleko idących wniosków, to chciałbym jednak wskazać na to, że w przypadkach VI—IX nie stwierdzamy wodogłowia, które przyjęliśmy w przypadkach padaczki (III, IV i V) jako bezpośredni czynnik, wywołujący dystrofię, i że należy, zdaniem mojem, szukać przyczyny wystąpienia dystrofii w tych przypadkach w samej padaczce, względnie w stosunku padaczki do gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Chciałbym w końcu wspomnieć o dwóch przypadkach Goldsteina. Dotyczą one dwojga rodzeństwa, u których Goldstein stwierdził obok niedokształtu narządów płciowych znaczną otyłość, ze szczególnem nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w okolicy sutków, na brzuchu i wzgórku łonowym. Brak jakichkolwiek objawów mózgowych. Zdjęcie rentgenologiczne czaszki wykazało bardzo małe siodełko tureckie. Na podstawie obrazu rentgenologicznego przypuszcza Goldstein, że chodzi tu o »niedokształcenie tylnego płatu przysadki« i że ta zmiana jest przyczyną dystrofii.

Te dwa przypadki stanowią niejako ostatnie ogniwo w długim szeregu przypadków, przebiegających z dystrofią: guzy przysadki i jej okolicy, wodogłowie przewlekłe, przypadki padaczki z wodogłowiem i bez wodogłowia, w końcu przypadki, gdzie dystrofia jest jedynym klinicznym objawem.

[19]) Przypadki te zawdzięczam uprzejmości prof. Redlicha z Wiednia.

Już sama różnorodność przypadków, różnorodność podstawowego, pierwotnego schorzenia, w jednych bezpośrednie, w drugich następowe, bliżej nieokreślone schorzenie przysadki mózgowej, to znowu tylko przypuszczalne zaburzenie w jej czynności, wszystko to wskazuje na to, że w patogenezie »dystrophiae adiposo-genitalis« odgrywa ważną rolę szereg czynników, których jeszcze nie znamy, i że nie można każdego przypadku dystrofii wytłómaczyć, opierając się jedynie na istniejących obecnie teoryach

Jeżeli nadto zważymy, że otyłość może być także następstwem pierwotnego schorzenia gruczołów rozrodczych (Schüller[20]), Tandler i Gross[21]), że może wystąpić u eunuchoidów i trzebieńców (Peritz[22]), Tandler), jakoteż w czasie fizyologicznego zaniku gruczołów rozrodczych, w czem i przysadka mózgowa ważną odgrywa rolę (Marburg, Tandler-Peritz), to zrozumiemy, jak powikłanem zjawiskiem jest »dystrophia adiposo-genitalis« i jak powikłanym jest mechanizm jej powstania.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Róbin. **O zgłębnikowaniu dwunastnicy** (Kuracisto, 1913 Nr 11). Autor przedstawia wyniki swych doświadczeń, poczynionych wspólnie z Przywieczerskim w warszawskim Szpitalu »Dzieciątka Jezus« z nowszą pompą, względnie ze zgłębnikiem dwunastniczym Einhorna. Przyrząd ten składa się z kapsli metalowej (14 mm. długiej, o obwodzie 23 mm), stanowiącej siteczko, związane z rurką gumową o 8 mm. obwodu, długości jednego metra, ze znakami w odległościach 40, 56, 70 i 80 cm. Koniec rurki gumowej przywiązuje się badanej osobie do ucha, a połknięta kapsla powinna przez ruchy żołądka zostać sama popchnięta przez odźwiernik do dwunastnicy. Skoro rurka posunie się aż do znaku 60—70, wówczas aspirujemy treść w ilości 20—30 cm³ i badamy ją, przekonawszy się wprzód, że to nie jest treść żołądkowa. Autorowie wykonali 50 takich badań na dziesięciu osobach i doszli do przekonania, że sposobem tym można istotnie dotrzeć do dwunastnicy i wydobyć czysty, charakterystyczny sok dwunastnicy, zawierający trzy główne fermenty trzustkowe. Sposób ten nie jest bolesny, ani przykry. Aż do chwili, kiedy można wydobyć czysty sok dwunastnicy, upływa 2—8 godzin. Czas ten można skrócić do 1½ godziny, układając chorego na prawym boku i podając mu od czasu do czasu nieco płynu. Ponieważ R. badania swe przeprowadził na osobach nie dotkniętych chorobami trzustki, przeto treść, wydobyta u różnych osób, była prawie taka sama Raz tylko stwierdził brak steatopsyny. Einhorn w dwóch przypadkach »achyliae gastricae« nie mógł znaleść trypsyny w soku trzustkowym, zawierającym diastazę i lipazę. Dr Blassberg.

Krokiewicz. **Z kazuistyki mnogich, pierwotnych (multiplicitas diversi generis) nowotworów złośliwych.** (Wien. klin. Woch. 1913 Nr 20). Do rzadkości należą mnogie pierwotne nowotwory o tej samej budowie (w literaturze opisano ich do roku 1912 zaledwo 88), a do wyjątków zaliczyć należy równoczesne występowanie u je-

[20]) Arb. Obersteiners 1907.
[21]) Wien. klin. Woch. 1907, 1910. Archiv. f. Entwicklungsmech. 1909 i 1910 patrz także Tandler: Wien. klin. Woch. 1908 i 1910.
[22]) Neurol. Zentralbl.

dnego osobnika nowotworów o różnej budowie. Dotąd podano podobnych przypadków 16. K. dodaje do tego własny przypadek. Za życia rozpoznano guz śródpiersia przedniego, a sekcya wykazała mięsaka limfatycznego śródpiersia przedniego z przerzutami w płucu lewem, a prócz tego raka przełyku z przerzutami w trzustce i okolicznych gruczołach. K.

Kolb. **Czy udaje się z pomocą zaczynowego odczynu Abderhaldena wykryć pozostanie lub przerost grasicy?** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 30). Na podstawie swych badań K. doszedł do przekonania, że z pomocą odczynu Abderhaldena udaje się dość pewnie wykazać obecność przerosłej grasicy, natomiast przy przetrwałej, lecz zwykłej grasicy wynik jest niepewny. Sprawa to bardzo ważna, bo, jak wiadomo, przy chorobie Basedowa spotykamy często przerosłą grasicę, co jest niejako przeciwwskazaniem do operacyi tarczycy. Dotychczasowe sposoby wykazania grasicy, zwłaszcza ocena, czy ona jest przerosłą, są bardzo niepewne, bo ani opukiwanie, ani badanie promieniami Röntgena nie może pod tym względem dać pewności. W odczynie więc Abderhaldena zyskaliśmy tu bardzo ważny czynnik rozpoznawczy. K.

Prof. G. Baccelli. **O ostrych utajonych zakażeniach ustroju ludzkiego.** (Paris médical 1913, Nr 25). Pomimo postępu metod rozpoznawczych napotyka się często przypadki zakażeń, klinicznie jako takie niewątpliwych, których istoty i wrót stwierdzić nie można. W takich przypadkach uzyskać można znakomite wyniki przez wstrzyknięcie do żyły sublimatu. Autor poleca następujący przepis: »Rp. Hydrargyri bichlorati 0·01, Natri chlorati 0·075, Aq. destillatae 10·00«. W przypadkach bardzo ciężkich można tę ilość wstrzyknąć 2—3 razy w przeciągu 24 godzin. Tem leczeniem niszczy się krążące we krwi bakterye i zmienia ich wytwory trujące, a klinicznym wyrazem tego jest następowy spadek ciepłoty, który może niekiedy przekraczać cały stopień, i wydatna ogólna poprawa.

Dr Blassberg.

Doc. Sisto. **Działanie toru X w chorobach krwi.** (La Riforma medica Nr 35, 1913). S. stosował tor X w trzech przypadkach białaczki szpikowej i czterech przypadkach niedokrwistości złośliwej postępującej; wprowadzał go zawsze śródżylnie dla uniknięcia z jednej strony powikłań, występujących czasem po wstrzykiwaniu śródmięśniowem, względnie podskórnem, z drugiej zaś strony, chcąc wywołać szybkie i energiczne działanie przez dokładne zetknięcie się toru z tkankami ustroju. Używał wyjałowionego roztworu wodnego, zawartego w ampułkach o 1—2 cm³; chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze, ciepłota nie ulegała żadnym zmianom. W białaczce stosował S. dwie dawki, chcąc wywołać energiczne niszczące działanie na krwinki białe; wstrzykiwał mianowicie 2—3 razy po 850—1900 jednostek elektrostatycznych (850 000—1,900.000 J. M.) We wszystkich przypadkach białaczki liczba krwinek białych albo wcale nie ulegała zmianie, albo tylko zazwyczaj nieznacznie i to zawsze przejściowo; spadek ich liczby odbywał się zwykle kosztem komórek szpikowych (myelocytów). Ciałka krwi czerwone tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym nie ulegały zmianie, to samo można powiedzieć o obrzęku śledziony i gruczołów, jak i o objawach ogólnych. Kilka razy zauważył autor zwiększenie się już istniejącej skazy krwotocznej; z powodu tych niepomyślnych wyników musiał wszędzie zastosować potem promienie Röntgena. W przypadkach niedokrwistości złośliwej stosował jedną, lub parę dawek w odstępach 8—10-dniowych w ilościach bardzo małych (po 30 do 90 jedn.-elektrostat.), a to w celu wywołania działania nie niszczącego, lecz podniecającego narządy krwiotwórcze. Zwiększenie ilości krwinek czerwonych było przeważnie bardzo nieznaczne, niekiedy pojawiały się formy młode (normo- i myelo-blasty); ciałka białe nie ulegały zmianom, ani ilościowym, ani jakościowym. Natomiast prawie zawsze występowało zaostrzenie się skazy krwotocznej w postaci krwawień z dziąseł lub wybroczyn podskórnych. Wyniki, jakie otrzymał S., stały w sprzeczności z pierwszemi publikacyami innych autorów o działaniu toru X w chorobach krwi; w nowszych jednak pracach dochodzą ci autorowie do tego samego wniosku, co i Sisto: Tor X posiada niezaprzeczenie zdolność niszczenia krwinek białych jest ona jednak względem rozmaitych osobników różna, czasem brak jej zupełnie, często jest miernego stopnia, bardzo rzadko wybitna, a prawie zawsze skutki jej są przejściowe. Tor X działa prawdopodobnie tylko przeciw hyperleukocytozie i tylko wyjątkowo sprawia poprawę ogólną. Nadto często występuje, względnie zaostrza się skaza krwotoczna w następstwie stosowania tego przetworu. Z tych względów twierdzi S., że promieni Röntgena nie powinno się przy leczeniu białaczki zastępować torem X, działanie ich bowiem utrzymuje się zawsze dłuższy czas i wpływa nietylko na obraz krwi, ale także i na stan ogólny. Także i w leczeniu niedokrwistości złośliwych nie mają promienie toru większego znaczenia, gdyż wyniki są naogół nieznaczne i przejściowe; ogłoszonych zaś parę przypadków (Prado Toyle, Park i. i.) wyleczenia względnie bardzo znacznej poprawy w przebiegu niedokrwistości złośliwej postępującej pod wpływem stosowania toru, niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż w przebiegu tego cierpienia są dość częste samoistne polepszenia, utrzymujące się nawet przez całe lata. Dr T. T.

Doc. Boveri. **Objawy ze strony opon mózgowych w przebiegu przewlekłego zatrucia ołowiem.** (La Riforma medica Nr 31, 1913). Ołów jest trucizną układu nerwowego; jego punktem zaczepnym są najczęściej opony i nerwy obwodowe, daleko rzadziej i tylko następowo rdzeń i mózg. Działanie jego jest powolne, podstępne, ostre objawy, jak ostre zapalenie opon i tkanki mózgowej, są znacznie rzadsze. B. zwrócił uwagę w przebiegu przewlekłej ołowicy na utajone objawy ze strony opon, t. zn. objawy, dające się wykazać tylko badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Mianowicie bardzo często znajdował zwiększenie ciśnienia wewnątrz kanału rdzeniowego; mierzone przyrządem Kröniga wynosiło ono 30—50 cm., natomiast prawidłowo wynosi 17—20 cm. Nadto sposobem Nonnego i Noguchiego wykazał B. w licznych przypadkach zwiększenie się ilości białka. Zazwyczaj równocześnie ze zwiększeniem się ilości białka występowało także zwiększenie się ilości ciałek białych, jakkolwiek nieznacznego stopnia. Nadto w paru przypadkach, mimo wybitnego zwiększenia ilości istot białkowych, stwierdził B. zmniejszenie ilości, lub nawet brak ciałek białych. B. nie wdając się, ze względu na skąpą ilość badanych przypadków, w bliższą ocenę tego ostatniego objawu, przypuszcza, że przyczyną jego mogą być zaburzenia w krążeniu, zmieniające skład płynu mózgowo-rdzeniowego. Dr T. T.

Lang. **Pojawianie się bakteryi kwaso-opornych we krwi.** (Zentrblt. f. inn. Med. Nr 17, 1913). Autor stwierdził, że kwaso-oporne prątki znajdują się w przebiegu gruźlicy, tak w ciężkich, jak i lekkich postaciach, dalej u chorych, u których klinicznie nie da się stwierdzić gruźlicy, wreszcie u chorych, u których sekcya nie stwierdza żadnych lub tylko stare zmiany gruźlicze. Wobec tego, że jednem słowem prawie u wszystkich ludzi stwierdzić można obecność we krwi prątków kwaso-opornych, wartość rozpoznawcza znalezienia ich nie ma wielkiego znaczenia. Czy te prątki kwaso-oporne są we wszystkich przypadkach prątkami gruźliczymi, nie da się rozstrzygnąć. Na podstawie tych faktów nie możemy zmieniać jeszcze naszych dotychczasowych poglądów na patogenezę i istotę gruźlicy. N.

Chirurgia.

Matthiae. **O padaczce urazowej i operacyjnem jej leczeniu.** (Deut. Zeit. f. Chir. 123. V—VI). Operacyjne

leczenie padaczki urazowej nie przedstawia się co do trwałego wyleczenia zbyt świetnie. Na 326 zebranych z literatury operowanych przypadków zaledwo 96, t. j. 29.5% uzyskano trwale wyleczenie, a przeważnie (81 przypadków) dotyczyło to padaczki Jacksonowskiej. Dodać tu jednak trzeba, że niektóre przypadki, uznane za niewyleczone, obserwowano zbyt krótko, tak że może w niektórych nastąpiło w końcu wyleczenie, bo nieraz po operacyi napady ustępują dopiero z czasem. Najkorzystniejsze wyniki osiąga się u chorych w trzecim dziesiątku lat życia, o ile nie ma tła dziedzicznego lub alkoholizmu. Zapobiegawczo powinno się wobec tego operować zawsze odrazu, każde powikłane złamanie w obrębie uwłosionej części czaszki, by niedopuścić do powstania padaczki następowej. K.

Graser. **Doświadczenia nad chirurgią płuc.** (III Zebr. chirurgów bawarskich. Monachium 12. VIII. 1913). Nakłucie klatki piersiowej i wypuszczenie ropy nie wiedzie u dorosłych do celu. Wycięcie żeber sprawia dobry wpływ, ale dalsze rokowanie co do zgojenia się może być czasem wątpliwe i wtedy bywają nieraz konieczne większe plastyki; naodwrót ogromne nieraz jamy goją się szybko same. Ropniaki opłucne można obecnie bardzo dobrze rozpoznać zapomocą promieni Röntgena. Cechującą jest tu bańka gazowa, powstająca najczęściej wskutek przedziurawienia płuc i dostania się do jamy opłucnej powietrza. Przy jamach oskrzelowych operacya jest wtedy uzasadniona, gdy płuco samo ma tendencyę do kurczenia się, co rozpoznać można po wdechowem spłaszczaniu się i zaciąganiu klatki piersiowej. Jamy w opłucnej obecnie się ze skutkiem plombuje. K.

Arnsperger. **Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Tow. lek. i przyr. Drezno IV. 1913). A. poddaje leczeniu odmą piersiową jedynie tylko gruźlicę płuc w III okresie, gdyż wbrew zdaniu Forlaniniego zauważył przy sprawach obustronnych pogarszanie się stanu w płucu mało zajętem, po stworzeniu odmy nad płucem gorszem. Odmę wykonuje zapomocą nakłucia, bo przy cięciu niebezpieczeństwa zatoru powietrznego nie są wcale mniejsze, bada jednak skrupulatnie ciśnienie manometrem i gdy tego uczynić nie może, (n. p. u dzieci), posługuje się cięciem. Leczył w ten sposób 15 chorych. U jednego nie udało się wytworzyć odmy, a u 4 tylko częściowo. Z 11 obserwowanych dłużej przypadków, zmarło w dalszym ciągu 6 chorych, u 5 zaś poprawa była wybitna. Obecnie wyniki są jeszcze niebardzo dobre, bo dostajemy do leczenia przypadki zbyt późno. K.

Hürter. **Nowe dane z radyologii żołądka.** (Część II. Beitr. zur med. Klinik 1913, VIII). W drugiej części swej pracy (streszczenie pierwszej ob. Nr 43) zajmuje się H. sprawą rozpoznawania wrzodu i raka żołądka zapomocą promieni Röntgena. W związku z tem pozostaje rozpoznanie t. zw. żołądka klepsydrowatego. Dopiero badania rentgenowskie dowiodły, że ta forma żołądka występuje dość często i to na różnem tle. Wywoływać ją mogą: ucisk od zewnątrz przez sznurowanie się, guzy, zrosty i kurcze. Dla kurczów znamienna jest ich niestałość i szybkie przechodzenie pierwszych pokarmów, poczem dopiero pojawia się kurcz, a także możność dowolnego przeciskania pokarmów ręką z jednej części żołądka do drugiej. Belladona oddać może cenne usługi przy usuwaniu kurczu. Dość pewnie rozpoznać można zapomocą promieni Röntgena wrzód żołądka, a to śledząc rentgenologicznie zaburzenia ruchomości żołądka, kształty, ewentualnie ubytek w ścianie (Nischensymptom) i t. p. Przy raku stwierdza się zatarcie konturów żołądka w miejscu siedziby nowotworu. Wrzód usadowiony w odźwierniku cechuje się objawami zwężenia odźwiernika i zwolnionego wydalania pokarmów. Wrzód na małej krzywiznie wywołuje nieraz ślimakowate jej zwinięcie się. Wreszcie badanie rentgenowskie pouczyć nas może o działaniu wykonanej gastroenterostomii i o działalności żołądka po częściowem jego wycięciu. K.

Okulistyka.

Machek: **Operacya opadniętej powieki.** (Tygodnik lek. 1912. Nr 51.). Sześć milimetrów nad brzegiem górnej powieki prowadzi się cięcie skórne, równoległe do tego brzegu, przez całą długość powieki. Drugie cięcie, równoległe do pierwszego, tylko nieco dłuższe, prowadzi się 5—6 mm wyżej. Poziomy pas skóry, ograniczony temi dwoma cięciami, przepoławia się w środku cięciem pionowem na dwa prostokątne płaty, które po odpreparowaniu pozostają w związku ze skórą powiek, jeden po stronie zewnętrznego, drugi po stronie wewnętrznego kącika. Przez końce obu tych płatów przewleka się nitki z igłami. Przy skroniowym końcu rany powiekowej przebija się obosiecznym kończystym nożykiem przewód głęboko pod skórą pionowo ku górze, wykłuwając nożyk w okolicy łuku brwiowego. Taki sam pionowy przewód podskórny wykłuwa się po stronie nosowego końca rany powiekowej. W przewody te wprowadza się po rowkowanym zgłębniku oba wykrojone płaty, podciąga się je o tyle, ażeby powiekę należycie podnieść, i przyszywa na wysokości łuku brwiowego. Równocześnie skóra powieki ponad prostokątnym ubytkiem, powstałym po wycięciu płatów, przykrywa ten ubytek i tworzy fałd, naśladujący doskonale prawidłową zmarszczkę powiekową. Jak widać z tego opisu, operacya Macheka różni się tem od znanej operacyi Panasa, że zamiast jednego, szerszego płata środkowego wsuwa się pod mostek skórny dwa węższe płaty boczne i zapomocą nich powiekę podnosi. Zaletą operacyi jest to, że bezpośredni jej skutek kosmetyczny jest już trwałym i ostatecznym. Jedynie tylko lekka niedomykalność powieki, którą przy operacyi można pozostawić, ustępuje w krótkim czasie, a zresztą nowo wytworzony stan dalszym zmianom już nie ulega. K. W. Majewski.

Espinouze. **Przyczynek do operacyjnego odwinięcia powieki sposobem »stawidła«.** (Revue gén. d'opht. 1913, Nr 7.). W przypadkach ektropion senile i w t. zw. ektropion ex vacuo, t. j. wywinięcia powieki przy pustym oczodole, zaleca autor sposób operacyjny, podany przez Truca, polegający na wytworzeniu pewnego rodzaju stawidła. Powiekę dolną rozdziela się cięciem międzyrąbkowem na listek skórno-mięsny i listek chrząstkowo-spojówkowy, poczem zapomocą nitek podciąga się pierwszy z nich znacznie do góry i w tem położeniu silnie głębokimi szwami utwierdza. Szwy te przeprowadza się przez grubość obu listków powieki rozciętej. Autor przytacza cały szereg przypadków, operowanych tym sposobem z trwałym wynikiem dodatnim. K. W. Majewski.

Reis. **Przyczynek do muszycy oka.** (Tygodnik lek. 1913, Nr 11.). Po przytoczeniu spostrzeżeń, opisanych w literaturze przez Kremera, Peipera, Younta, Kaysera, Schultz-Zehdena i innych, w których znajdowano w worku spojówkowym, w woreczku łzowym, a nawet w przedniej komorze gąsienice rozmaitych gatunków much, jak plujka (musca vomitoria), mucha złota (lucilia hominivorax), ścierwica (sarcophaga), inny gatunek plujki (calliphora vomitoria), giez bydlęcy (hypoderma bovis), — wspomina autor o dawniejszym przez siebie spostrzeganym przypadku, w którym u 60 letniej, bardzo zaniedbanej kobiety, dotniętej wrzodziejącym rakiem oczodołu, wydobył z dna owrzodzenia 240 sztuk gąsienic z rodzaju muchy złotej (lucilia). W październiku zeszłego roku znalazł znowu autor w worku spojówkowym 43-letniego mężczyzny gąsienicę, należącą do muchy najprawdopodobniej z gatunku gnójki wytrwałej (eristalis tenax). Gąsienica ta żyje w bagnach, w rowach z wodą gnijącą, ściekach, kanałach, gnojówce (stąd nazwa). Przydomek »wytrwała« zawdzięcza temu, że jest bardzo odporna. Znaleść ją można w torfiastem błocie źródeł siarkowych. Grochmalicki przekonał się, że może ona żyć w nasyconym roztczynie sublimatu 8 godzin, a 12 godzin w czystej formalinie. K. W. Majewski.

Ishihara. **O etyologii zeskórnienia spojówki, po-**

łączonego z kurzą ślepotą. (Klinische Monatsblat für Augenheilkunde, 1913, Nr 5). Zeskórnienie spojówki (xerosis conjunctivae) w połączeniu z kurzą ślepotą (hemeralopia) występuje zazwyczaj na tle zaburzeń w odżywieniu. Jest to choroba niebezpieczna o tyle, że w niektórych przypadkach, zwłaszcza u dzieci, wiedzie do rozpadu rogówki (keratomalacia), a tem samem do utraty wzroku. Autor wskazuje na nadzwyczaj korzystny wpływ tranu na przebieg tego cierpienia. Podobnie, choć nie tak niezawodnie, działa podawanie wątroby. Ishihara wykazał we krwi chorych, dotkniętych zeskórnieniem spojówki i kurzą ślepotą, zmniejszoną ilość tłuszczu w porównaniu z krwią osób zdrowych. Zmniejszenie to nie pozostaje w żadnej zależności od zapasu tłuszczu w tkance podskórnej. Podawanie tranu zwiększa ilość tłuszczu we krwi, a równocześnie usuwa objawy oczne. Podobnie, jakkolwiek w słabszym stopniu, działa podawanie oliwy. K. W. Majewski.

Kleczkowski. **Rzadki przypadek phlyctaena pallida.** (Postęp okul. 1913, Nr 5—6.). W przypadku autora zmiany ograniczały się do wyrośli na rąbku rogówki. Badanie histologiczne wyciętych skrawków po zabarwieniu barwikiem Romanowskiego wykazało nadzwyczajnie wybitną eozynofilię miejscową. Pierwszy Herbert zrobił spostrzeżenie, że barwiąc wydzielinę spojówki w przypadkach nieżytu wiosennego eozyną z błękitem metylenowym, wykazać w niej można znacznie zwiększoną ilość komórek eozynochłonnych. Następnie badania histologiczne wielu autorów potwierdziły spostrzeżenia Herberta co do nieżytu wiosennego. Axenfeld zaś wykazał, że w innych schorzeniach spojówki z wyjątkiem rzadkich przypadków, jak n. p. pęcherzyca lub muszyca, nie ma eozynofilii miejscowej. Spostrzeżenie autora stanowi zatem nowy przyczynek do ustalenia znamion histologicznych, rozstrzygających o rozpoznaniu nieżytu wiosennego. K. W. Majewski.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

J. Szaffran (st. lekarz okręgowy Wiednia): **Dotychczasowe doświadczenia nad badaniami w drukarniach i t. d. w kierunku zatrucia ołowiem.** (Der Amtsarzt Nr 1 1913). Po wykonaniu na razie 300 badań, do których należało użyć całego zapasu sił i energii, wyraża autor przekonanie, że lekarz urzędowy w okręgu, posiadającym znaczniejszą ilość drukarń, litografii i t. p. zakładów, nie może bezwarunkowo podołać temu zadaniu, chyba, że przepisy rozp. minist. z 23. IV. 1911, d. p. p. 169 co do przeprowadzania tych badań ulegną gruntownej zmianie. Powody tego są następujące: 1) Jeżeli się liczy na zebranie wywiadów u badanego, badanie samo, umycie rąk po koniecznem dotknięciu się warg, a często i dziąseł badanego — tylko po 3 minuty, to na zbadanie 1300 robotników (a tylu właśnie ma autor w swoim okręgu) trzeba na to w każdym kwartale 65 godzin bardzo szybkiej i wytężającej pracy, czyli rocznie 260 godzin, licząc w to i stratę czasu na odbycie drogi do zakładów przemysłowych i z powrotem. 2) Badania można przedsiębrać wyłącznie po godzinie 6 wieczorem, bo innej porze sprzeciwiają się przedsiębiorcy. 3) Rozpoznawanie charakterystycznej bladości cery, a nawet rąbka ołowiczego przy sztucznem oświetleniu jest bardzo trudne, a to są właśnie pierwsze objawy ołowicy, natomiast drżenie rąk nie jest objawem wyłącznie ołowicy, bo zdarza się i u pijaków, u nerwowych i t. d. 4) Ostatnie badania w roku muszą być ukończone najpóźniej do końca listopada, gdyż lekarz urzędowy musi do 15 grudnia przedłożyć pisemne sprawozdanie, obejmujące cyfrowe zestawienie wyników badań, opis urządzeń w przedsiębiorstwach, znalezione usterki i t. d. Urzędy zdrowia muszą z tych sprawozdań ułożyć sumaryczne wykazy i przedłożyć je namiestnictwu do 10 stycznia następnego roku. 5) Robotnicy żądali zazwyczaj, ażeby ich uwiadomiono na 24 godzin naprzód o badaniu, ponieważ chcieli przygotować swoje rodziny, że wrócą później z pracy. Lekarza takie żądanie bardzo krępuje co do czasu badania, a nadto zmusza go do rozlicznych konferencyi osobistych lub telefonicznych z kierownikami przedsiębiorstw. 6) Oporu robotników przeciw badaniu dotychczas autor nie napotkał, ale też nigdy nie przedsiębrał badań w soboty i nigdy nie pracował przy tem dłużej niż $1^1/_2$—2 godzin, ponieważ po tym czasie pracy w przegrzanych lokalach, w porze wieczornej, t. j. po całodziennej pracy, autor bywał już do zupełnego wyczerpania zmęczonym.

Wobec powyższych okoliczności dochodzi autor do następujących wniosków: Wynik badań jest co do ich wartości bardzo wątpliwy, a w każdym razie istnieje olbrzymi niestosunek między ilością czasu i pracy, a wartością badań. Cały ciężar rozporządzenia zwalono bez żadnej podstawy na barki lekarza urzędowego, każąc mu bez wszelkiego wynagrodzenia ciężko pracować w godzinach, w których inni ludzie tylko wyjątkowo, i to za wyższem niż zwykle wynagrodzeniem, bywają zatrudnieni. W końcu prosi autor innych kolegów, ażeby ogłaszali swoje spostrzeżenia w tej sprawie. Weinsberg.

Memoryał Klubu lekarzy urzędowych i zakładowych miasta Wiednia w sprawie rozporządzenia ministeryalnego z dnia 23 sierpnia 1911 r. (Der Amtsarzt Nr 2. 1913) Wspomniane rozporządzenie ministeryalne nakłada na lekarzy urzędowych obowiązek indywidualnego badania osób zajętych w przemyśle drukarskim, litograficznym i w przemysłach pokrewnych. Jak praktyka wykazała, badania takie nie mają szczególnej wartości, ponieważ objawy ołowicy przy tem badaniu nigdy nie mogą być stanowczo stwierdzone, o ile je ma zużytkować lekarz urzędowy, badający przeważnie przy sztucznem świetle. Przez to powstają ciągle różnice zdań między lekarzami urzędowymi a lekarzami kas chorych, co obniża powagę jednych i drugich w oczach robotników i przedsiębiorców. Nadto doświadczenie poucza, że badanie w większych przedsiębiorstwach jest niemożliwe dlatego, iż przedsiębiorcy wskutek uchwały gremiów nie godzą się na dokonywanie badań w czasie godzin pracy, zaś w godzinach poza pracą część robotników usuwa się od badania. Narzucone lekarzom urzędowym obowiązki wychodzą poza ramy wszelkich przepisów prawnych i zamieniają lekarza urzędowego na lekarza fabrycznego, zabierając mu równocześnie możność dokładnego pełnienia właściwych obowiązków. Dlatego Klub lekarzy urzędowych i zakładowych m. Wiednia powziął następującą uchwałę: »Indywidualne badanie robotników pewnych kategoryi przedewszystkiem nie należy do lekarzy urzędowych przy władzach politycznych I. instancyi, ponieważ § 8 ustawy państwowej sanitarnej z 30. IV. 1870 Dz. p. p Nr 68. określa dokładnie i jasno obowiązki tych lekarzy, a o takich badaniach nie ma w tym przepisie wzmianki. Lekarze urzędowi mają jedynie doglądać przedsiębiorstw przemysłowych pod względem zdrowotnym i pilnować, ażeby przepisy ochronne były dotrzymywane. W szczególności co się tyczy zatrucia ołowiem, donoszenie o takich przypadkach i leczenie chorych powinno być obowiązkiem lekarzy kas chorych, a lekarze urzędowi mieliby jedynie dopilnowywać tego donoszenia. Dalej wykazała praktyka, że badania przez lekarzy urzędowych są w tym przypadku bez szczególnej wartości, ponieważ objawy, przez lekarzy urzędowych spostrzegalne, są wieloznaczne, co musi wywoływać starcia między lekarzami urzędowymi a kasowymi ze szkodą dla powagi jednych i drugich i ze szkodą dla samej sprawy. Jedynie racyonalną drogą do osiągnięcia realnych korzyści byłoby mianowanie osobnych, odpowiednio wynagradzanych lekarzy przemysłowych i badanie wskazanych przez tych lekarzy robotników w publicznych zakładach higieniczno-rozpoznawczych. Przeciw obecnie praktykowanemu badaniu musi Klub energicznie zaprotestować, ponieważ lekarze urzędowi m. Wiednia tracą ogromnie wiele czasu i trudu na pracę, która nie przynosi robotnikom korzyści, a może tylko wywoływać starcia ze szkodą dla lekarzy urzędowych, mając co najwyżej może tylko pewną wartość statystyczną«. Weinsberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Posiedzenie d. 4. XII. 1912.

Przewodniczący A. Jaworski. Obecnych członków 15, gości 1.

1) Kol. Żebrowski przedstawia chorego po operacyi **polipa usznego**; po usunięciu polipa wystąpił t. zw. objaw przetokowy. Dokonano operacyi doszczętnej, przyczem usunięto, perlaka.

2) Kol. Czerwiński przedstawia: a) niezwykłej wielkości (jaja kurzego) **torbiel** lewej **dużej wargi sromowej**; b) macicę z **rakiem części pochwowej**, wyłuszczoną sposobem Wertheima, c) **torbiel wielokomorową** lewego **jajnika** wielkości małej pomarańczy, która była powodem mylnego rozpoznania ciąży jajowodowej; cięcie brzuszne wykazało prawidłową 2-miesięczną ciążę i skręt szypuły przedstawionej torbieli, która leżała w lewej połowie jamy Douglasa; d) jajowód z resztkami ciąży: przypadek operowany w kilka lat po pęknięciu.

Posiedzenie d. 4 I. 1913 r.

Przewodniczący A. Jaworski. Obecnych członków 13, gości 2.

1) Kol. Jasiński przedstawia przypadek **choroby Hirschsprunga**.

2) Kol. Modrzewski pokazuje chłopca, u którego zapomocą cięcia nadłonowego wyjął z **pęcherza kamień** wielkości małego jaja kurzego; przebieg pooperacyjny bez powikłań; cewnik wyjęto po 2 dniach; b) rentgenogram przypadku **zeszycia klamrą żelazną kości udowej** w trzy miesiące po jej złamaniu i następowem zrośnięciu odłamków pod prostym kątem z dużem przemieszczeniem.

3) Kol. Żebrowski pokazuje a) 11-letniego chłopca, u którego podczas dokonywania doszczętnej operacyi **wyrostka sutkowego** zadrasnął łyżeczką zatokę poprzeczną. Operacyę natychmiast przerwano. Po dwóch dniach wobec wysokiej ciepłoty podwiązano żyłę szyjną i dokończono operacyi doszczętnej. Po drugiej operacyi ciepłota spadła; dalszy przebieg bez powikłań. Nawiązując do tego przypadku omawia kol. Żebrowski wskazanie do podwiązania żyły szyjnej, uważając ten zabieg za nader celowy i zapobiegający ropnicy i omawia t. zw. »Jugularishautfistel« Alexandra. b) Tenże przedstawia **preparaty kości skroniowych** w różnych przecięciach.

4) Kol. Dobrucki przedstawia przypadek **brodawkowatej gruźlicy skóry**, leczonej zapomocą transplantacyi metodą Thierscha. Przyrośnięcie zupełne wszystkich płatków. Pokrywa je kol. Dobrucki w celu dokładniejszego utrzymania płatków grubą warstwą gazy wyjałowionej. b) Tenże przedstawia przypadek **przepukliny pachwinowej**, przyjęty z objawami uwięźnięcia. Po otwarciu worka wykryto wybitne zgrubienie ścian jelita cienkiego, wobec czego nie próbowano odprowadzać jelita, lecz dokonano ileokolostomii.

5) Kol. Czerwiński przedstawia: a) macicę **z rakiem części pochwowej**, jajnikami i jajowodami, wydobytą sposobem Wertheima; b) **gruźliczo zmienione** oba **jajniki i jajowody** i przytacza krótki opis kliniczny tego przypadku. Przed zabiegiem chora przeleżała parę miesięcy na oddziale, stale gorączkując. Stan ten wraz z obecnością guzów w okolicy macicy dał wskazanie do cięcia brzusznego, które wykazało kolosalne zrosty przydatków macicy z otaczającymi narządami i parę oddzielnych gruzełków na otrzewnej. Jak widać z przedstawionych preparatów (mnóstwo zrostów) zabieg był niezmiernie ciężki. W ciągu pierwszych 3 dni po operacyi chora była utrzymywana przy życiu tylko podskórnemi wlewaniami fizyologicznego roztworu i wstrzykiwaniami kamfory. Na 5. dzień po operacyi, kiedy usunięto worek Mikulicza, przez ranę brzuszną zaczął wychodzić w wielkiej ilości płynny kał, przyczem stan chorej znakomicie się poprawił. W przeciągu kilku następnych dni chora czuła się zupełnie dobrze, pomimo nieznacznych wahań ciepłoty. 13. dnia operacyi ciepłota podskoczyła do 40^0, zjawiły się objawy lewostronnego zapalenia płuc, które doprowadziło w przeciągu paru dni do śmierci.

W dyskusyi a) kol. Dobrucki zaznacza, że przypadek choroby Hirschsprunga należy istotnie do rzadkich W przedstawionym przypadku kol. Dobrucki przypuszcza prawdziwe »megocolon congenitum«. b) Kol. Modrzewski zapytany przez kol. Jasińskiego o zdjęcie rentgenowskie odpowiada, że byłoby ono możliwe wobec wypełnienia kiszek gazami. Co do przedstawionego przypadku zwraca kol. Modrzewski uwagę na obniżenie wątroby i wyraża przypuszczenie, czy nie ma tu opadnięcia trzew. c) Kol. Cynberg zapytuje o wywiady i rodzeństwo; kol. Jasiński odpowiada, że w przypadku tym brak obciążenia dziedzicznego.

Ad 3). d) Kol. Dobrucki wyraża zdanie, że w przypadku kol. Żebrowskiego nie można orzec stanowczo, czy podwiązanie żyły szyjnej było przyczyną spadku ciepłoty, gdyż po pierwszej operacyi musiano ranę zatamponować, pozostawiając perlaka (cholesteatoma), ognisko septyczne. Wielu badaczy uważa podwiązanie żyły szyjnej za zabieg bezcelowy. e) Kol. Żebrowski nie upiera się co do celowości podwiązywania żyły szyjnej w ogóle. f) Kol. Modrzewski wyjaśnia sposób powstawania krwotoków po zranieniu zatoki poprzecznej.

Ad 2). Kol. Dobrucki zaznacza, że torbiele skórzaste jamy ustnej wyłuszczają się bardzo dobrze w przeciwieństwie do żabki.

6) Uczczono przez powstanie pamięć ś. p. kol. Józefa Świnarskiego. Kol. Jasiński wnosi, by zebrać składkę na kasę dla wdów i sierot po lekarzach dla uczczenia pamięci zmarłego kolegi. Wniosek przyjęto.

Posiedzenie d. 4. III. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworski. Obecnych członków 19, gości 2.

1) Kol. Rogoziński przedstawia 2 chore, operowane z powodu **mięśniaków macicy** (pokaz preparatów).

2) Kol. Dobrucki przedstawia chorego po udatnej operacyi **pes varus** (pokaz rentgenogramów przed i po operacyi).

3) Kol. Modrzewski pokazuje chorego po **gastroenterostomii** z dobrym wynikiem; operacya dokonana z powodu **zwężenia odźwiernika**.

4) Kol. Żebrowski przedstawia przypadek **ropnia mózgu.**

5) Kol. Rogoziński pokazuje preparat **podwójnego kanału cewki**; część dodatkową usunięto operacyjnie. Kol. Rogoziński mówi o operacyi wyjęcia żyły odgoleniowej (vena saphena) zapomocą pręta z miękkiego drutu.

6) Kol. Modrzewski pokazuje preparaty **wyrostków robaczkowych**, jeden w postaci rogu baraniego, drugi obrośnięty siecią.

7) Kol. Żebrowski odczytuje sprawozdanie z oddziału w szpitalu św. Józefa.

8) Kol. Dobrucki prosi prezydyum o wyznaczenie osobnego posiedzenia w celu omówienia szczegółów przyszłego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie. Posiedzenie to wyznaczono na 8 marca b. r.

9) Magister Klawe pokazuje swoje przetwory.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 20. III. 1913 r.

Przewodniczący: A. Jaworski. Obecnych członków 17.

Prezes zawiadamia, iż celem zebrania jest omówienie szczegółów Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie i odczytuje listę członków Komitetu organizacyjnego, zaproponowaną przez Zarząd Towarzystwa. (Do Komitetu zostali zaproponowani kol. Arnsztajn, Borsukiewicz, Brzeziń-

ski, Czerwiński Cz., Dobrucki, Dziemski, Jasiński, Kiełczewski, Majewski, Modrzewski, Płaczkiewicz, Tołwiński Wł.).

W dyskusyi a) kol. Czerwiński jest tego zdania, że Lublin zarówno ze względu na ilość hoteli, jak pomieszczenie dla odczytów doskonale nadaje się na Zjazd. Zadaniem Komitetu będzie: uzyskanie pozwolenia, rozesłanie cyrkularzy do Towarzystw lekarskich, rozesłanie do wszystkich lekarzy zaproszeń do nadsyłania odczytów. — b) Kol. Jasiński dodaje, że najważniejszą rzeczą jest wybór tematów i referentów. — c) Kol. Modrzewski sądzi, że należy najprzód otrzymać pozwolenie na Zjazd i dopiero wybrać komitet organizacyjny. — d) Polecono kol. Jaworowskiemu, Kiełczewskiemu i Czerwińskiemu rozpocząć starania o pozwolenie na Zjazd. — e) Kol. Tołwiński zaznacza, że podanie powinno być zrobione w imieniu Towarzystwa, a podpisać powinni prezes i paru członków. — f) Kol. Dobrucki wyraża zdanie, że Zjazd powinien mieć charakter dydaktyczny, że nie należy wyłączać lekarzy ze stolicy, że należałoby zwrócić się do specyalistów z prośbą o opracowanie tematów z najważniejszych dziedzin medycyny, naprzykład: o seroterapii współczesnej, o aseptyce, o złamaniach i zwichnięciach, o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze społeczno-literackich tematów nadają się: organizacya pomocy lekarskiej na wsiach i większych miastach, organizacya wzajemnego ubezpieczenia lekarzy.

2) W sprawie organizacyi dyżurów nocnych, dyskutowanej wskutek odezwy Magistratu, postanowiono odpowiedzieć, że Towarzystwo nie posiada środków na wynagrodzenia lekarzy dyżurujących, że próba dyżurów nocnych z inicyatywy prywatnej nie powiodła się, że dyżury nie mogą być urzeczywistnione bez zapomogi z kasy miejskiej.

3) Odczytano list kol. Kaczyńskiego w sprawie wzajemnego ubezpieczenia się lekarzy.

Posiedzenie d. 4. IV. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworowski. Obecnych członków 18.

1) Kol. Żebrowski przedstawia: a) chorego po **operacyi doszczętnej na** prawym **wyrostku sutkowym** z powodu przewlekłego ropienia z ucha, powikłanego schorzeniem wyrostka sutkowego; przebieg po operacyi prawidłowy; b) dwa **preparaty korrozyjne kości skroniowej** i omawia technikę dla otrzymania takich preparatów; wszystkie komórki powietrzne, tudzież cały błędnik, wypełniły się metalem Wooda.

2) Kol. Jankowski przedstawia przypadek **potworniaka** w okolicy kości krzyżowej u dziecka 2-letniego. Potworniak ma na powierzchni parę brodawek, podobnych do brodawek sutkowych.

3) Kol. Wąsowski odczytuje sprawozdanie z »Przychodni Walki z gruźlicą«.

W dyskusyi brali udział kol.: Żebrowski, Dziemski, Jasiński, Jaworowski, Klarner, Borsukiewicz i Dobrucki.

4) Kol. Czerwiński przedstawia szereg preparatów.

5) W odpowiedzi na zapytanie Magistratu co do wysokości honoraryum za wizyty podczas dyżuru nocnego, postanowiono odpowiedzieć: Honoraryum podczas nocnego dyżuru wynosić powinno conajmniej 3 ruble, dodając, że pomoc położnicza i zabiegi chirurgiczne wynagradzane być powinny w każdym poszczególnym przypadku stosownie do zabiegu. Jeżeli magistrat da lokal, telefon i 5 rubli za każdy nocny dyżur z warunkiem, że dyżurujący lekarz będzie wynagradzany przez każdego chorego stosownie do zamożności, to prawdopodobnie znajdą się ochotnicy do dyżurowania.

Posiedzenie d. 4. VI. 1913.

Przewodniczący: A. Jaworowski. Obecnych członków 12, gości 1.

1) Kol. Dobrucki pokazuje: a) chorą operowaną w stanie bardzo ciężkim po **pęknięciu torbieli jajnika;** przebieg pooperacyjny bez powikłań; b) dwa przypadki **wola** (struma cystica et parenchymatosa); c) przypadek **operacyi plastycznej** (Thierscha) z powodu bliznowatego przykurczenia palców **dłoni** z wynikiem bardzo zadowalniającym; d) przypadek operowany z powodu **zwężenia odźwiernika** po wrzodzie; przed operacyą stwierdzono znaczne rozszerzenie żołądka (prawie do spojenia łonowego) i wyniszczenie chorego; badanie treści żołądkowej nie wskazywało na raka, przebieg pooperacyjny bardzo dobry, obecnie chory tyje; e) przypadek **potworniaka** w okolicy kości krzyżowej (fotografia chorej przed operacyą i wynik pooperacyjny); potworniak był olbrzymich rozmiarów; f) przypadek **gruźliczego zapalenia otrzewnej,** wychodzącego z narządów płciowych (jajowody); do rozpoznania przyczynił się dodatni odczyn dwuazowy, któremu kol. Dobrucki przypisuje w podobnych razach wielkie znaczenie rozpoznawcze.

2) Następnie kol. Dobrucki pokazał preparaty: a) **jajowody** chorej, pokazanej przed chwilą, b) **jajowody** innej chorej, która cierpiała na gruźlicę otrzewnej, c) **gruczoł krokowy** po udanej operacyi metodą Freiera, d) **polip kiszki stolcowej** dużych rozmiarów, e) **pęcherzyk żółciowy** i kamyki.

3) Kol. Czerwiński pokazuje następujące preparaty: a) jajowody z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej,** b) jednokomorową **torbiel, uwięźniętą w zatoce Douglasa**.

Dyskusya: a) Kol. Jasiński zapytuje kol. Dobruckiego o doświadczenie jego co do fibrolizyny, dodając, że sam w paru przypadkach blizn po oparzeniu nie otrzymał żadnego wyniku. b) Kol. Dobrucki i Czerwiński również dobrych wyników w keloidach nie mieli. c) Kol. Jaworowski w keloidach dodatniego wyniku nie spostrzegł. d) Kol. Cynberg zapytuje, czy u chorej z gruźlicą otrzewnej znaleziono pierwotne ognisko w innych narządach, gdyż narządy płciowe kobiece pierwotnie nie ulegają gruźlicy nawet tam, gdzie stwierdzono naprzykład u męża gruźlicę narządów płciowych. e) Kol. Jaworowski zapytuje o zachowawcze leczenie kamicy żółciowej. f) Kol. Dobrucki odpowiada, że tam, gdzie niema ropienia, pęcherzyka nie usuwa.

4) Kol. prezes odczytuje listy:

a) List Zarządu Resursy kupieckiej o opłacenie czynszu. Zdecydowano zapłacić należność z remanentu i po dłuższej dyskusyi postanowiono lokalu nadal nie wynajmować, posiedzenia zaś odbywać w lecie w gmachu po- Dominikańskim, w zimie bądź kolejno u członków, bądź też w czytelni Resursy za każdorazową opłatą.

b) Wiadomość o zawiązaniu się Towarzystwa lekarskiego w Piotrkowie.

c) List Galicyjskiego Banku zdrojowisk z prośbą

o subskrybcyę akcyi (400 kor.) na zebranie kapitału w celu ulepszenia naszych wód i zdrojowisk. Prezes popiera tę sprawę i wnosi, by poza osobistymi zapisami nabyć akcyę z kapitału zapasowego Towarzystwa. — Wniosek ten zostanie poddany pod głosowanie na ogólnem posiedzeniu.

d) List kol. Sulimierskiego z Buska.

e) List Towarzystwa literacko-naukowego w Lublinie.

5) Kol. Jasiński zapytuje, jak stoi sprawa Zjazdu lekarzy?

Kol. Czerwiński odpowiada, że podanie do władz wniesione zostało miesiąc temu, odpowiedź spodziewana jest za 1—1 1/2 miesiąca.

6) Kol. Prezes w przewidywaniu wyborów, jakie odbyć się mają na przyszłem posiedzeniu, prosi kolegów, by zawczasu upatrzyli kandydata na prezesa, gdyż mandatu swego nadal piastować nie może. B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 3. XII. 1913 posiedzenie, na którem wybrano komitet przedwyborczy, poczem prof. Lewkowicz, prof. Kader, prof. Nowotny, Dr Hładij, Dr Jaworski i Dr Składkowski przedstawili szereg przypadków chorobowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. XI. do 29. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 5 † 1), krztuśca 6 † 1 (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 15 † 1 (— † —), odry 29 † 1 (— † —), duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), czerwonki 6 † —. Dr Janiszewski.

Mianowani profesorami higieny: w Bonn prof. Neumann z Giessen, w Gryfii prof. Römer z Marburga.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.